

**A3** **Ärztliches Zeugnis**  
*Medical certificate*

Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)  
*Proof according to § 20 paragraph 9 Infection Protection Act (IfSG)*

|            |       |
|------------|-------|
| Vorname    | _____ |
| Nachname   | _____ |
| geboren am | _____ |
| in         | _____ |

**Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:**

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

**Befreiung von einer Masern-Impfung:**

- Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

\_\_\_\_\_  
Stempel